

La Invalidez en el Sistema Previsional Argentino.

Matías Belliard, Marcelo De Biase y Carlos Grushka.

Cita:

Matías Belliard, Marcelo De Biase y Carlos Grushka (2007). *La Invalidez en el Sistema Previsional Argentino. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-028/68>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eQa4/QfO>

LA INVALIDEZ EN EL SISTEMA PREVISIONAL ARGENTINO*

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad social en general y los sistemas previsionales en particular tienen entre sus objetivos brindar protección a los individuos que no pueden seguir generando ingresos laborales por vejez, invalidez o fallecimiento. En Argentina, la Ley 24.241 (que comenzó a operar en 1994) creó el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y estableció la prestación del retiro por invalidez para aquellos afiliados que se incapaciten física o intelectualmente en forma total (66% o más) y que no hayan alcanzado la edad requerida para solicitar la jubilación.

La misma Ley 24.241 estableció que las Comisiones Médicas funcionaran bajo la órbita de la Superintendencia de AFJP (SAFJP) con la función de evaluar la incapacidad de los trabajadores, tanto del régimen público de reparto como del de capitalización individual, de acuerdo a un conjunto específico de normas de evaluación del grado de invalidez, reglamentadas por el Decreto N° 478/98 (Baremo).

La actividad de las Comisiones Médicas ha sido detallada en trabajos previos (Grushka y De Biase, 2003) y la experiencia comparada con la de otros países latinoamericanos que reformaron sus sistemas previsionales (Grushka y Demarco, 2003). Resultados preliminares del impacto de los retiros por invalidez en el régimen de capitalización individual fueron presentados por Altieri (2002) en un estudio sobre la siniestralidad según edad y sexo.

Este trabajo tiene el objetivo de actualizar la descripción de la invalidez en el SIJP, analizando su frecuencia y evolución, sus características y diferenciales para distintas variables sociodemográficas (régimen, edad, sexo, patología y región), estimando tasas de invalidez más robustas y comparándolas con la experiencia internacional. La fuente de datos corresponde principalmente a registros administrativos de las Comisiones Médicas de la SAFJP del período 1998-2006.

Tras esta introducción, en la segunda sección se resume el marco legal, en la tercera se presenta la evolución de los trámites de las Comisiones Médicas y en la cuarta sección se

• Carlos Grushka, Matías Belliard y Marcelo De Biase, Departamento de Estadísticas y Análisis Previsional, Gerencia de Estudios Estratégicos y Estadísticas, Superintendencia de AFJP.

describen específicamente los retiros transitorios por invalidez (RTI). En la quinta sección se analizan las tasas de invalidez, es decir la frecuencia anual de RTI relativa a la población expuesta, considerando los diferenciales por edad, sexo y régimen, luego por patologías y finalmente por región. En la sexta sección se comparan las tasas estimadas con las disponibles de otras experiencias internacionales, para luego concluir reseñando los principales hallazgos y caminos abiertos para futura investigación. Por último, se ofrece un anexo estadístico presentando en detalle los valores referidos previamente.

2. MARCO LEGAL

La Ley 24.241 estableció la prestación del retiro por invalidez para aquellos afiliados que se incapaciten física o intelectualmente en forma total y que no hayan alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria. Se presume incapacidad total cuando la invalidez produce una disminución del 66% o más en la capacidad laborativa del trabajador.

La solicitud de retiro por invalidez debe ser remitida a la comisión médica correspondiente al domicilio del afiliado dentro de las 48 horas. La comisión médica periférica (CMP) analiza los antecedentes y cita al afiliado a revisión dentro de los 15 días de efectuada la solicitud; tras los estudios correspondientes, la comisión tiene 10 días para emitir dictamen.

A partir de la fecha en que se declare la incapacidad, el afiliado tiene derecho a percibir el retiro transitorio por invalidez (devengado desde su solicitud). Transcurridos tres años del dictamen, la CMP deberá citar al trabajador y, previo examen, revocar el beneficio o dictaminar la invalidez definitiva¹.

Actualmente existen 39 CMP distribuidas en 29 localidades distintas de todo el país (como mínimo una por provincia) y una Comisión Médica Central (CMC) con asiento en la Capital Federal, integradas por cinco médicos seleccionados a través de un concurso público de oposición y antecedentes. La SAFJP administra las comisiones médicas, con el financiamiento conjunto de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), las AFJP y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART).

¹ El plazo puede prorrogarse dos años más si la comisión considera que en ese lapso se puede rehabilitar el afiliado.

Originalmente, las comisiones médicas fueron creadas para determinar la disminución de la capacidad laborativa de los afiliados al SIJP, tanto del régimen de reparto como del de capitalización. A partir de la sanción de la Ley 24.557 (riesgos de trabajo) se les incorporó la función de determinar las incapacidades derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además, las comisiones médicas evalúan los beneficios previsionales reglamentados por las Leyes 20.475 (minusválidos), 20.088 (ciegos) y 24.347 (edad avanzada), así como el examen de ingreso de nuevos autónomos (Decreto N° 300/97). Por último, a título de colaboración, intervienen en la determinación de invalidez de solicitantes, de beneficiarios y de derechohabientes de las Leyes 18.037 y 18.038 (remanentes del sistema previsional anterior).

El art. 52 de la Ley 24.241 especificaba los principios generales que debían cumplir las normas de evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez (también conocidas con el nombre de Baremo) surgidas de una comisión honoraria integrada por el decano del Cuerpo Médico Forense, el presidente de la Academia Nacional de Medicina y representantes de las universidades del país. Estas normas están contenidas en el Decreto N° 478/98, reglamentario del art. 52, que sustituyó al anterior Decreto N° 1290/94. El objetivo explícito de estas normas es establecer una metodología de evaluación del deterioro psicofísico, con criterio uniforme, que permita determinar el grado de incapacidad laborativa ocasionada.

Tanto el afiliado, la ANSES, la AFJP o la compañía de seguros de vida (CSV) con la que se contrató el SCIF², pueden recurrir el dictamen de la comisión médica ante la CMC, dentro de los cinco días de notificado el dictamen. La ley prevé una instancia adicional de apelación, ante la Cámara Federal de la Seguridad Social (CFSS).

3. EVOLUCIÓN DE LOS TRÁMITES DE LAS COMISIONES MÉDICAS

En los últimos nueve años, las CMP dictaminaron 506 mil expedientes con una frecuencia anual creciente, pasando de 41 mil en 1998 a 80 mil en 2006.

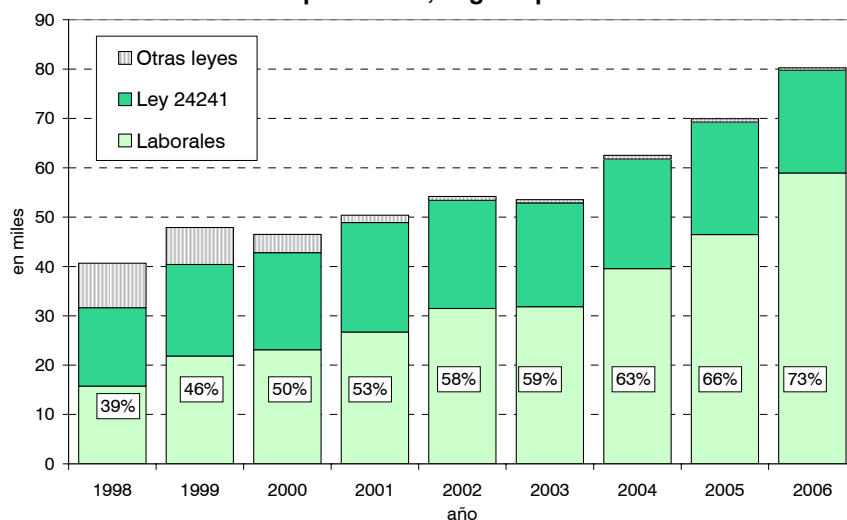
² A partir de enero de 2008 se deroga el SCIF y las prestaciones por invalidez y fallecimiento se financiarán con la constitución de un fondo de aportes mutuales (Ley 26.622).

Cuadro 1. Actividad de las comisiones médicas periféricas
Expedientes dictaminados según tipo de trámite

CONCEPTO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Retiro transitorio por invalidez	11.982	13.361	13.742	15.059	14.080	13.493	12.991	12.561	11.806
Reexámenes	2.073	3.149	3.839	4.652	5.113	4.587	5.891	6.963	5.691
Reexámenes (extensiones beneficio transitorio)			3	21	26	33	84	99	86
Reexámenes (anteriores al tercer año)			10	68	206	261	505	598	710
Derechohabiente	1.796	2.061	2.089	2.372	2.476	2.688	2.726	2.592	2.522
TOTAL LEY 24.241 (1)	15.851	18.571	19.683	22.172	21.901	21.062	22.197	22.813	20.815
Transitoria (Ley 18.037/38)	4.673	4.958	2.032	260	2				
Jubilación por Invalidez (Ley 18.037/38)	2.788	1.260	673	375	101	11	3	9	20
Derechohabientes (Ley 18.037/38)		72	378	243	35	6	18		1
Autónomos (Decreto N° 300/97)	1.253	775	183	30	28	13	19	9	16
Ciegos (Ley 20.888)	9	12	5	8	5	4	8	8	8
Minusválidos (Ley 20.475)	127	142	138	262	310	295	287	330	225
Edad avanzada	195	265	291	331	261	325	437	327	236
Colaboración con CFSS	1		1						
TOTAL OTRAS LEYES (2)	9.046	7.484	3.701	1.509	742	654	772	683	506
LEY 24.557 - Laborales (3)	15.763	21.832	23.117	26.714	31.513	31.833	39.554	46.466	58.947
LEY 24.028 - SECLO (4)	21	3	2						
TOTAL (1+2+3+4)	40.681	47.890	46.503	50.395	54.156	53.549	62.523	69.962	80.268
% de trámites previsionales (1 + 2)	61,2	54,4	50,3	47,0	41,8	40,6	36,7	33,6	26,6
% de trámites laborales (3 + 4)	38,8	45,6	49,7	53,0	58,2	59,4	63,3	66,4	73,4

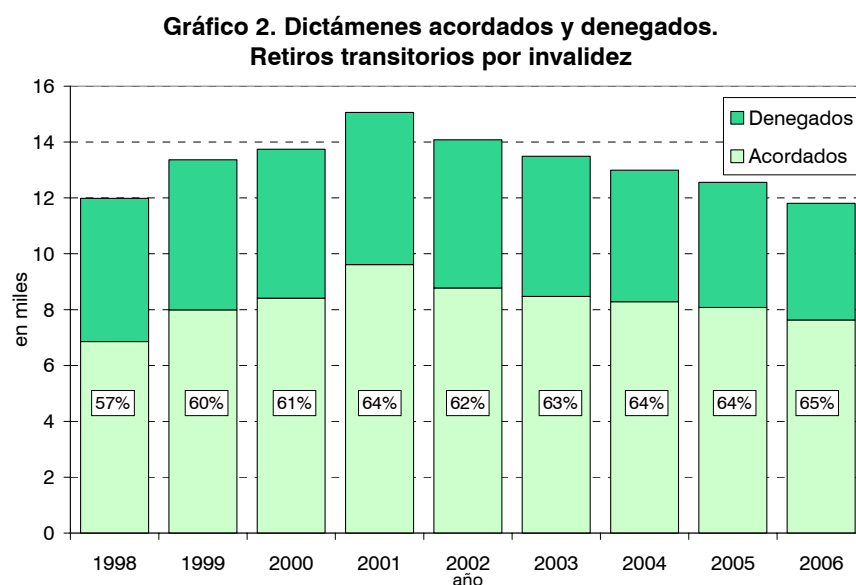
La proporción de dictámenes laborales aumentó de manera significativa pasando de 39% (en 1998) al 73% (en 2006).

Gráfico 1. Expedientes dictaminados por las comisiones médicas periféricas, según tipo de trámite



El 64% de los dictámenes previsionales correspondieron a retiros transitorios por invalidez (RTI), el 24% a reexámenes para otorgar el retiro definitivo (RDI) y el 12% restante a derechohabientes.

El número anual de dictámenes de RTI fue creciente de 1998 a 2001 (cuando alcanzó el máximo de 15 mil) cayendo hasta 12 mil en 2006. La proporción de acordados también fue creciente en los primeros años, oscilando alrededor de 64% desde 2001.



4. LOS RETIROS TRANSITORIOS POR INVALIDEZ

Conforme a la información disponible de los registros administrativos de las comisiones médicas de la SAFJP, se analizará el comportamiento de la invalidez durante el período enero de 2000 a diciembre de 2006. Durante ese lapso, las CMP dictaminaron 94 mil expedientes de retiros transitorios por invalidez, acordando el retiro en el 63% de los casos; el 22% fue apelado y, de éstos, el 76% fue confirmado por la CMC. En consecuencia, sólo el 5% de los dictámenes de CMP es revertido por la CMC.

Mientras que en el régimen de reparto ANSES apela ante la CMC sólo el 2% de los dictámenes acordados por las CMP, en el régimen de capitalización las AFJP o las CSV apelan el 12%. Los dictámenes revertidos por régimen alcanzan, respectivamente, a 1% y 5%.

Cuadro 2. Dictámenes de retiros transitorios por invalidez, años 2000-2006

Dictámenes	TOTAL CMP		FIRMES	APELADOS ANTE CMC				Propor- ción ape- lada (%)	Apelacio- nes confir- madas (%)	Dictáme- nes rever- tidos (%)
	casos	%		Acor- dados	Dene- gados	A dicta- minar	Total			
	(1)	(2)		(4)	(5)	(6)	(7) = (4)+(5)+(6)			
Acordados	59.261	63,2	54.483	2.824	1.899	55	4.778	8,1	59,8	3,2
<i>Capitalización</i>	35.993	38,4	31.699	2.509	1.732	53	4.294	11,9	59,2	4,9
<i>Reparto</i>	23.268	24,8	22.784	315	167	2	484	2,1	65,4	0,7
Denegados	34.471	36,8	18.316	3.114	12.848	193	16.155	46,9	80,5	9,1
Total	93.732	100,0	72.799	5.938	14.747	248	20.933	22,3	75,8	5,4

Notas: (9): proporción de dictámenes de la CMC que confirman el dictamen apelado de la CMP (netos de "a dictaminar").

(10): proporción de dictámenes de la CMP revertidos por el dictamen de la CMC.

Además, se apelaron ante la Cámara Federal de la Seguridad Social (CFSS) cerca de 6 mil dictámenes de RTI (40%) denegados por la CMC. Estas apelaciones representan 7% del total dictaminado por las CMP y la CFSS confirmó el dictamen previo de la CMC en aproximadamente el 40% de los casos. En consecuencia, el número de RTI acordados debiera incrementarse aproximadamente en 4%, pero las demoras en su procesamiento y registro individualizado hacen desaconsejable su inclusión en este trabajo.

Para comentar las principales características de los RTI acordados y calcular las tasas de invalidez se procesaron resultados de una base de RTI acordados durante el período 2000-2006, elaborada con el criterio de incluir los RTI acordados por las CMP y firmes (54 mil) y los acordados por las CMC (6 mil), excluyendo los RTI de afiliados monotributistas que derivan sus aportes al régimen público (3 mil)³ y los de afiliados con edades no activas (5 mil)⁴. Luego, la base final utilizada reunió 52 mil casos de RTI.

4.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS RTI

Con respecto a la distribución geográfica⁵, la región pampeana reunió 70% de los RTI acordados, destacándose la Provincia de Buenos Aires con cerca de 50 puntos porcentuales.

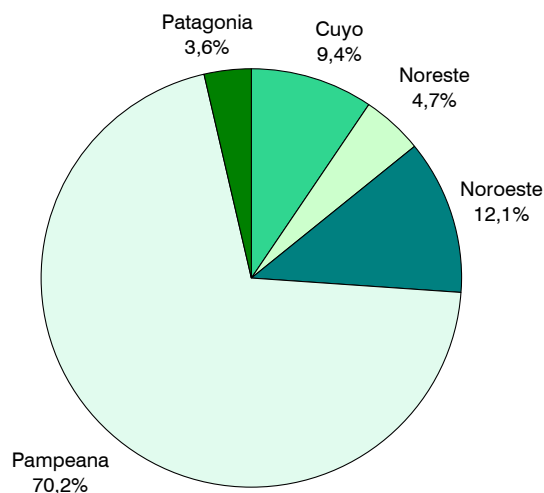
³ Dadas las dificultades para estimar la población expuesta de monotributistas que aportaban en el SIJP y dejaron de hacerlo tras el cambio de reglamentación en marzo de 2000 (pasando a derivar sus aportes al régimen público), se eliminaron los registros de RTI con dictamen en 2002 o posterior y fecha de último aporte autónomo en el SIJP anterior a marzo de 2000. Además, se eliminaron los registros de RTI correspondientes a trabajadores que al 31/12/06 no figuraban como afiliados con aportes a capitalización ni a reparto, posiblemente por haber ingresado sólo aportes del monotributo.

⁴ Se eliminaron los registros con edades menores a 20 años y mayores o iguales a 65 años a la fecha de dictamen.

⁵ La agrupación regional, siguiendo el criterio utilizado por el INDEC, es la siguiente:

Cuyo: Mendoza, San Juan, San Luis.

Gráfico 3. Distribución de los RTI acordados por región



De los retiros transitorios por invalidez acordados el 82% eran hombres y el 66%, afiliados al régimen de capitalización. La edad promedio de los RTI fue de 54 años, dos años mayor para los hombres que para las mujeres. La edad mediana (superada por el 50% de los casos) fue 56 años. La edad media fue mayor para los RTI acordados en reparto (58 años) que en capitalización (52 años), tal como se esperaba dadas las diferencias etarias de la población de cada régimen (Cuadro 3).

Si bien no se aprecian diferencias significativas, Patagonia y Noroeste fueron las regiones con menor edad promedio y proporción masculina. La región Noreste se destaca por su alta proporción masculina.

Noreste (NEA): Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones.

Noroeste (NOA): Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, Tucumán.

Pampeana: Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Santa Fe.

Patagonia: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Cuadro 3. Edad media de los RTI según región, régimen y sexo
Años 2000-2006

REGIÓN	CAPITA- LIZACIÓN	REPARTO	TOTAL SIJP			% de hombres
			Hombres	Mujeres	Total	
Cuyo	52,7	57,7	54,6	51,7	54,0	78,7
Noreste	52,0	57,9	53,8	51,7	53,6	88,1
Noroeste	51,9	55,9	53,8	51,3	53,2	76,5
Pampeana	52,5	58,0	54,8	52,8	54,5	82,6
Patagonia	51,4	56,6	52,9	51,3	52,5	77,3
Total	52,3	57,7	54,6	52,4	54,2	81,5

Nota: para el detalle de los agrupamientos regionales, ver nota 5.

4.2. PATOLOGÍAS DE LOS RTI

El Decreto N° 478/98 (Baremo) que establece las normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al SIJP enumera 18 patologías. A los fines de este trabajo, los dictámenes con patología “Obesidad” se agrupan con los de “Desnutrición” y los dictámenes correspondientes a “Genital Femenino” y “Genital Masculino” se reúnen en una sola categoría (“Genital”). En consecuencia, a lo largo de este trabajo se considerarán las 16 patologías detalladas en el Cuadro 4.

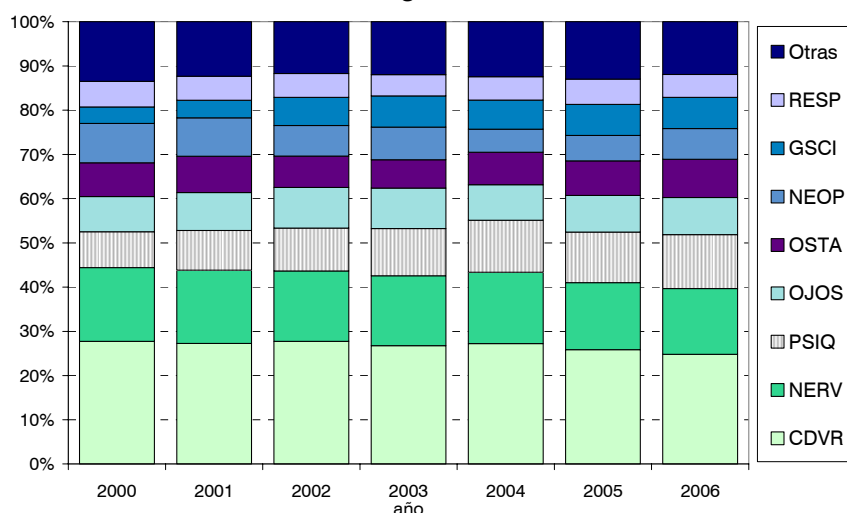
Cuadro 4. Patologías según Decreto N° 478/98 (Baremo)

Patología	Código	Concepto
Piel	PIEL	Aquellas de curso crónico y/o recidivante, o que por sus características son irreversibles e imposibles de erradicar.
Osteoarticular	OSTA	Incapacidades producidas por afecciones reumáticas como por patología osteoarticular traumática o no.
Respiratorio	RESP	Aquellas de curso crónico y/o recidivante en las cuales se hayan agotado los distintos recursos terapéuticos y que limitan la realización de las tareas de la vida cotidiana.
Cardiovascular	CDVR	Incapacidades originadas por diferentes afecciones cardíacas, de los grandes vasos, la hipertensión arterial y las vasculopatías periféricas.
Digestivo	DIGE	Afecciones del aparato digestivo.
Obesidad y desnutrición	OBYP	Se evaluará como factor de riesgo, como signo y/o noxa facilitadora de otras patologías, a través del compromiso que produce en éstas.
Riñón y vías urinarias	RYVU	Afecciones del aparato urinario de curso crónico y/o recidivante, evaluadas acorde a sus secuelas y compromiso funcional.
Nervioso	NERV	Afecciones neurológicas de curso crónico evolutivo, agudas que pueden dejar lesión secular orgánica y/o funcional, otras de curso recurrente con o sin sustrato anatómico, con intervalos asintomáticos.
Ojos	OJOS	Valoración de la función visual en base a la agudeza visual corregida con lentes, el campo visual y la motilidad ocular.
Garganta, nariz y oído	GNYO	Afecciones de garganta, nariz y oído, más frecuentemente referidas a la alteración de la audición y del equilibrio.
Sangre	SANG	Afecciones del sistema hematopoyético.
Glándulas de secreción interna	GSCI	Afecciones de distintas glándulas de secreción interna.
Psiquismo	PSIQ	Enfermedades psiquiátricas de interés previsional, más específicas que las evaluadas por la Psiquiatría Clínica.
SIDA	SIDA	Deficiencia del sistema inmunológico severa (infección por H.I.V y S.I.D.A.)
Neoplasias	NEOP	Neoplasias cuyo grado de incapacidad depende de: ubicación, extensión, compromiso ganglionar local y regional, respuesta al tratamiento quirúrgico, radiante, químico, hormonal y sus secuelas.
Genital	GENI	Afecciones del aparato genital.

Nota: para el detalle de la agrupación de las patologías, según el Baremo, ver Grushka y De Biase (2003), Tabla 1.

Las principales patologías de los RTI acordados correspondieron a “Cardiovascular” (27%), “Nervioso” (16%) y “Psiquismo” (10%), seguidos por “Ojos” (8%), “Osteoarticular” (8%) y “Neoplasias” (7%). La evolución anual se mantuvo relativamente estable, sin alteraciones significativas en el orden de las principales patologías.

Gráfico 4. Distribución por patología de los RTI acordados según año

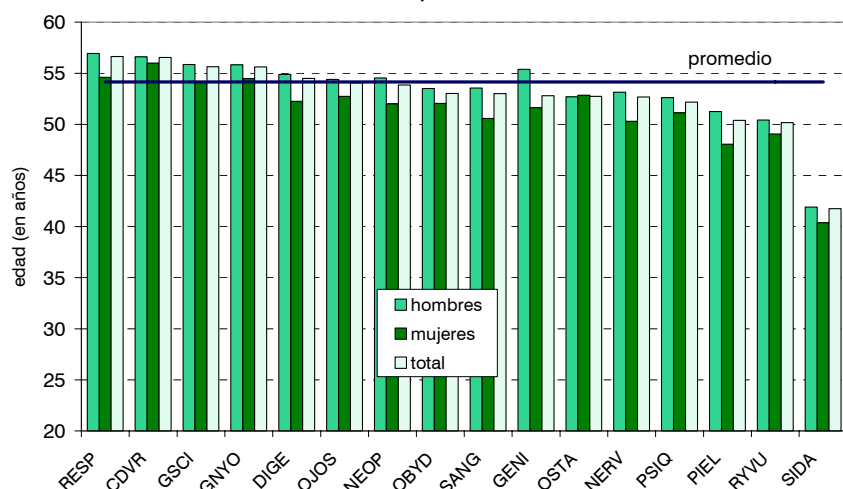


Las principales patologías concuerdan, a grandes rasgos, con las observadas en otros países. Una comparación exhaustiva (que por otra parte excede los fines de este trabajo) es muy difícil de realizar por las diferencias en los criterios de calificación de la contingencia de invalidez específica de cada país, en las poblaciones analizadas y en las categorizaciones de las patologías. La distribución por patología en el SIJP se destaca por la relativamente alta proporción de “Cardiovascular” y la baja de “Osteoarticular”. A modo de ejemplos, la participación de “Cardiovascular” (27%) duplica la alcanzada en los programas del seguro de invalidez en Estados Unidos y en Canadá, mientras que la de “Osteoarticular” (8%) es más que duplicada en los países anteriores y en otros casos, como el de Barbados, supera el 20%⁶.

Entre las principales características demográficas cabe señalar que “Respiratorio” y “Cardiovascular” fueron las patologías con mayor edad media (57 años), mientras que la menor fue “SIDA” (42 años). Los hombres presentaron edades medias mayores que las mujeres para todas las patologías con la excepción de “Osteoarticular”; las mayores diferencias correspondieron a “Genital” (4 años) y “Piel” (3 años).

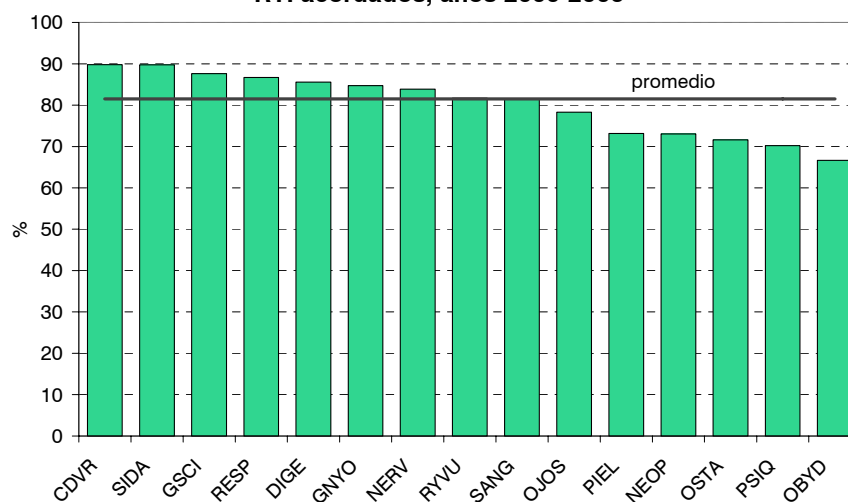
⁶ Ver Donkar (2003), Nunez (2003) y SSA (1999).

**Gráfico 5. Edad media según patología y sexo.
RTI acordados, años 2000-2006**



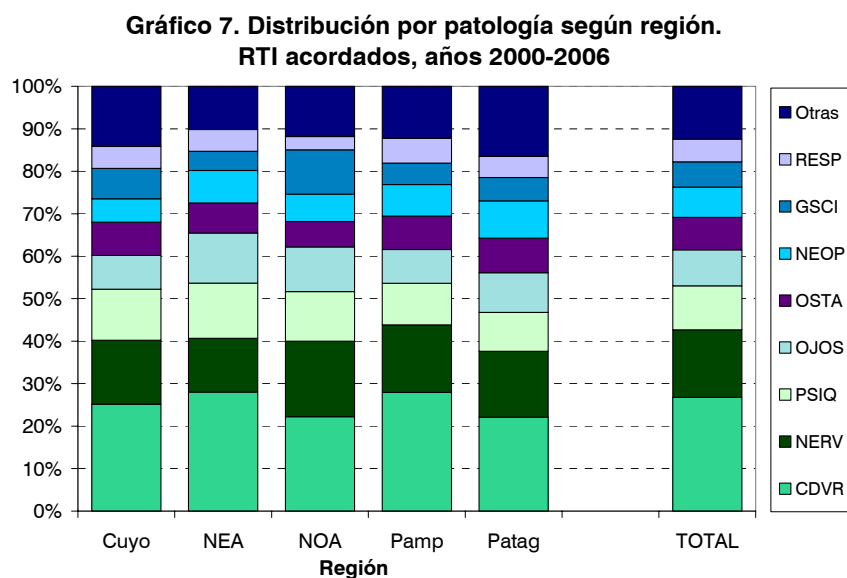
“Cardiovascular” y “SIDA” fueron las patologías con mayor proporción masculina (90%) mientras que la menor fue “Obesidad y Desnutrición” (67%)⁷.

**Gráfico 6. Proporción masculina según patología.
RTI acordados, años 2000-2006**



Regionalmente no se observaron diferencias sustanciales, respecto a la distribución por patología, siendo la más notoria en Noroeste (NOA), donde “Glándulas de secreción interna” (10%) supera en cinco puntos porcentuales la participación en el total del país, sugiriendo la posible existencia de alguna afección endémica con impacto diferencial en esta región. Además, en Noreste (NEA), “Ojos” (12%) y “Psiquismo” (13%) tienen 3 puntos porcentuales

más que en el país y, por último, en NOA y en Patagonia, “Cardiovascular” (22%), 5 puntos menos.



5. LAS TASAS DE INVALIDEZ EN EL SIJP

Además de las cantidades absolutas de RTI, es conveniente el análisis de sus frecuencias anuales relativas a la población expuesta, es decir, las tasas de invalidez (TI). En esta sección se analizan las TI en el SIJP, estimando primero el nivel general para luego diferenciar por edad y sexo, y posteriormente se estudian los diferenciales por régimen, patología y región.

Para estimar las TI es necesario definir con precisión la población que sufrió el evento de invalidez y la población expuesta a riesgo. Los casos de invalidez en el SIJP durante los siete años considerados (2000-2006) totalizaron 52 mil y fueron definidos y caracterizados en la sección 4. Por el otro lado, la definición de la población expuesta en el SIJP durante el período presenta ciertos inconvenientes que se detallan a continuación.

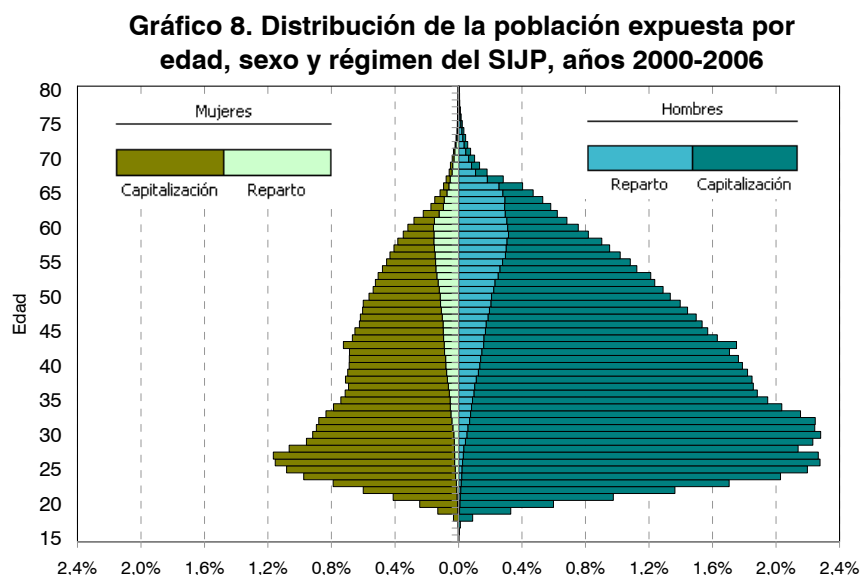
Aproximar la población expuesta a riesgo tomando la cantidad de afiliados no resulta conveniente pues, con el mero paso del tiempo, tiende a incluir más y más personas que no están expuestas, tales como: emigrantes; contribuyentes a otros regímenes previsionales, trabajadores bajo modalidades promovidas de empleo que no están obligados a descuentos

⁷ Se exceptúa “Genital” (31%) categoría que resultó de la fusión de dos patologías distintas (“Genital Masculino” y “Genital Femenino”).

previsionales (por ejemplo, pasantías), fallecidos no declarados y/o no dados de baja. El uso de los aportantes⁸ subestima la exposición real, puesto que registra a quienes hacen efectivo el pago en un mes determinado, sin considerar a quienes se les realiza el descuento previsional y el pago se hace con posterioridad o, circunstancialmente no aportaron en un mes dado pero si lo hicieron en meses previos, cumpliendo con los requisitos de regularidad. En consecuencia, siguiendo el criterio utilizado por la OIT para definir afiliados “activos” (OIT, 1998), se resolvió tomar como mejor estimación de la población expuesta al riesgo de invalidez a los afiliados que registraron al menos un aporte durante el año correspondiente. Además, se limitó el análisis a la población entre 20 y 65 años de edad exacta.

Entre enero de 2000 y diciembre de 2006 se registraron un total de 36 millones de años-persona de exposición a riesgo, es decir, un promedio de 5 millones de personas expuestas a riesgo durante todo el período. La proporción de hombres fue de 71% y el 89% pertenecía al régimen de capitalización. La edad media de los expuestos a riesgo fue de 39 años, 50 años en el régimen de reparto y 37 en el de capitalización.

En el Gráfico 8 se muestra la distribución de la población expuesta en el período por edad según sexo y régimen, evidenciándose la menor participación y el mayor envejecimiento del régimen de reparto.



⁸ Este es el criterio utilizado en Altieri (2002) para estimar la población expuesta.

La tasa de invalidez general (TIG) representa el riesgo de la población expuesta en su conjunto y en el período considerado fue 1,46 por mil. Los hombres registraron una TIG 83% mayor que las mujeres (0,9 por mil) y el régimen de reparto 4 veces mayor que la del régimen de capitalización (1,1 por mil). Estas tasas generales están fuertemente afectadas por la estructura de edad y sexo de cada población expuesta a riesgo. Dado que la población del régimen de reparto se encuentra más envejecida y que las tasas de invalidez son mayores en edades más avanzadas, es esperable una mayor TIG (Cuadro 5).

Cuadro 5. Inválidos, exposición y tasas de invalidez por sexo y régimen. SIJP, 2000-2006

CONCEPTO	RÉGIMEN DE CAPITALIZACIÓN			RÉGIMEN DE REPARTO			TOTAL SIJP		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Inválidos	28.213	6.140	34.353	14.109	3.462	17.571	42.322	9.602	51.924
Exposición en miles de años-personas	22.472	9.058	31.530	2.646	1.383	4.029	25.119	10.441	35.560
TIG (por mil)	1,26	0,68	1,09	5,33	2,50	4,36	1,68	0,92	1,46

Nota: TIG: Tasa de invalidez general.

Fuente: Tablas 1 y 2 del Anexo Estadístico.

Las únicas estimaciones previas disponibles (Altieri, 2002) corresponden sólo al régimen de capitalización (período julio 1994 - junio 2000) y eran de 0,8 por mil (0,5 para mujeres y 1,0 para hombres). Las tasas aquí obtenidas son algo superiores pero de muy difícil comparación debido a la combinación de algunos factores diferenciales entre ambos estudios. Además del período analizado cabe destacar la diferente fuente de datos y definición de la contingencia de invalidez: Altieri (2002) consideró los beneficios otorgados, esto es, no sólo el dictamen acordado por comisiones médicas, sino con los trámites requeridos completados e incluyendo el cálculo de un factor de ajuste por casos ocurridos pero no informados por las AFJP. Además, como se señalara antes (nota 8), el criterio para estimar la población expuesta a riesgo fue el de aportantes del mes, en vez de afiliados con aportes en el último año como en este trabajo.

También las comparaciones internacionales deben hacerse con sumo cuidado (ver sección 6), controlando por edad y sexo de los expuestos y otros factores. De todas maneras, cabe comentar que la TIG calculada para el SIJP (1,46 por mil) supera las registradas en algunos países del Caribe (Bélice con 0,85 y República Dominicana con 0,75) y es claramente

inferior a la de países más desarrollados como España (4,3), Suiza (4,0) o Canadá (2,2)⁹.

5.1. TASAS DE INVALIDEZ POR EDAD, SEXO Y RÉGIMEN

Para neutralizar el efecto provocado por las diferentes estructuras, resulta conveniente comparar las tasas por edad y sexo y/o calcular las tasas estandarizadas por edad (TIEE). En este último caso, las TIEE de hombres superan en un 74% las de mujeres (Cuadro 6).

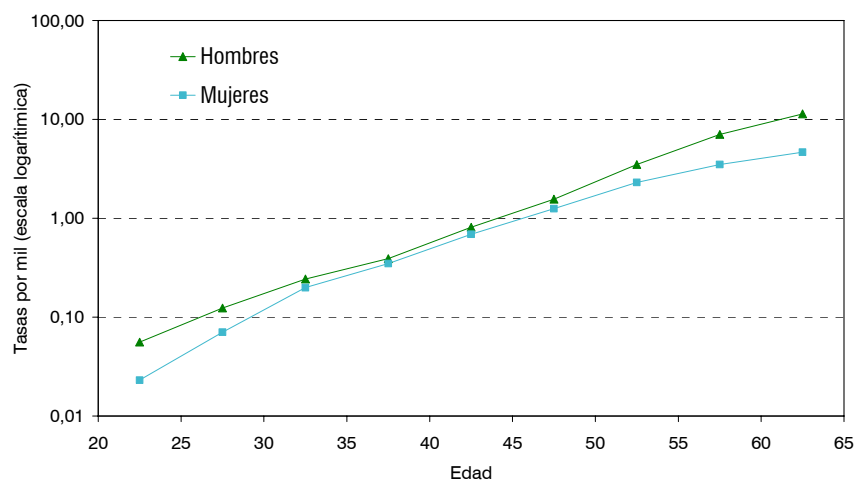
Cuadro 6. Invalidez en el SIJP por edad, sexo y régimen, 2000 - 2006.
Tasas por mil

Grupo de edad	CAPITALIZACIÓN			REPARTO			Total SIJP		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
20-24	0,06	0,02	0,05	0,04	0,03	0,04	0,06	0,02	0,05
25-29	0,12	0,07	0,11	0,18	0,09	0,14	0,12	0,07	0,11
30-34	0,24	0,19	0,23	0,33	0,30	0,32	0,24	0,20	0,23
35-39	0,38	0,33	0,36	0,63	0,50	0,58	0,39	0,35	0,38
40-44	0,78	0,64	0,74	1,10	0,98	1,06	0,81	0,69	0,78
45-49	1,49	1,14	1,39	2,00	1,73	1,91	1,56	1,25	1,47
50-54	3,31	2,10	2,98	4,18	2,90	3,74	3,49	2,31	3,14
55-59	6,51	3,07	5,57	8,16	4,16	6,83	7,04	3,49	6,00
60-64	10,66	4,34	9,18	12,11	4,93	10,07	11,35	4,66	9,62
TIG	1,26	0,68	1,09	5,33	2,50	4,36	1,68	0,92	1,46
TIEE	1,56	0,87	1,38	1,96	1,19	1,72	1,66	0,95	

Las tasas de invalidez por edad de los hombres superan las de mujeres para todas las edades, aumentando las distancias en los grupos extremos (menores de 30 y mayores de 50 años).

⁹ Ver Pérez Montás (2003) y Merino y otros (2003).

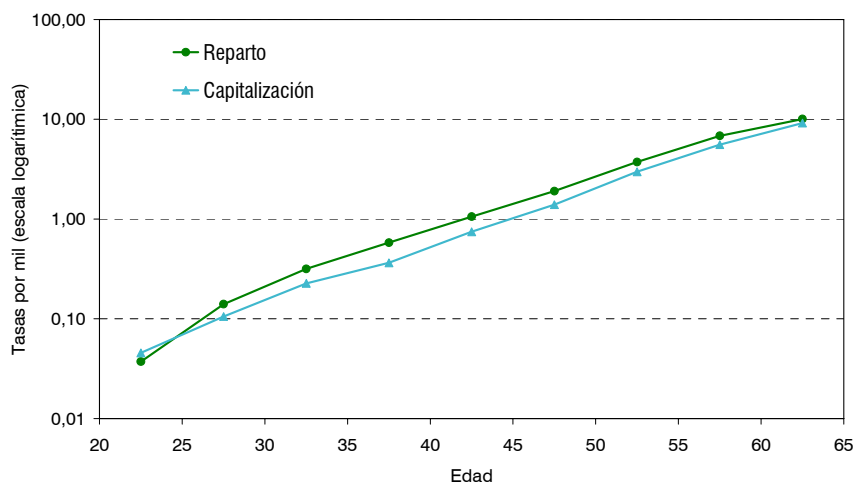
**Gráfico 9. Tasas de invalidez por edad según sexo
SIJP 2000-2006**



Fuente: Cuadro 6

Controlando por edad, las tasas de invalidez del régimen de reparto (TIEE = 1,7 por mil) son 24% superiores que en el régimen de capitalización (1,4 por mil), con diferencias que desaparecen en los grupos extremos (menores de 25 y mayores de 60 años).

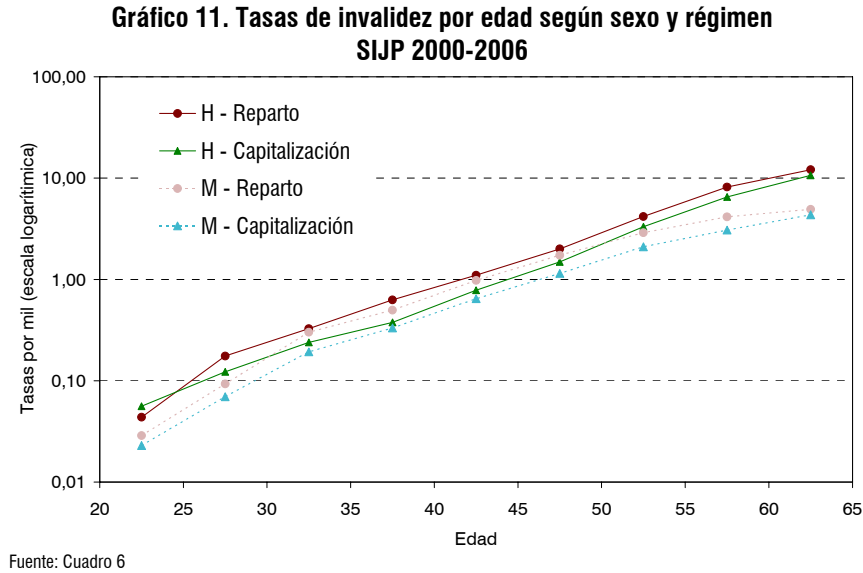
**Gráfico 10. Tasas de invalidez por edad según régimen
SIJP 2000-2006**



Fuente: Cuadro 6

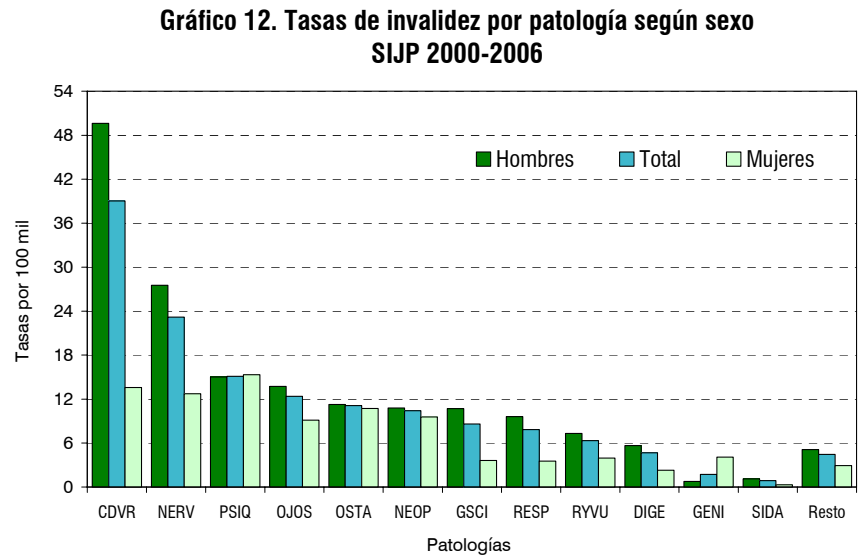
Las TIEE según sexo son también mayores en el régimen de reparto que en el de capitalización, con un diferencial del 26% en hombres y del 36% en mujeres. Dichos diferenciales podrían deberse al efecto de una distribución geográfica desigual u otras variables como por ejemplo el nivel socioeconómico o bien el grado de apelación y reversión de dictámenes. Como ya se señaló, en capitalización se revierten 5% de los RTI acordados y

en reparto sólo el 1% (sección 4), factor que explicaría 20% de la diferencia en las TIEE.



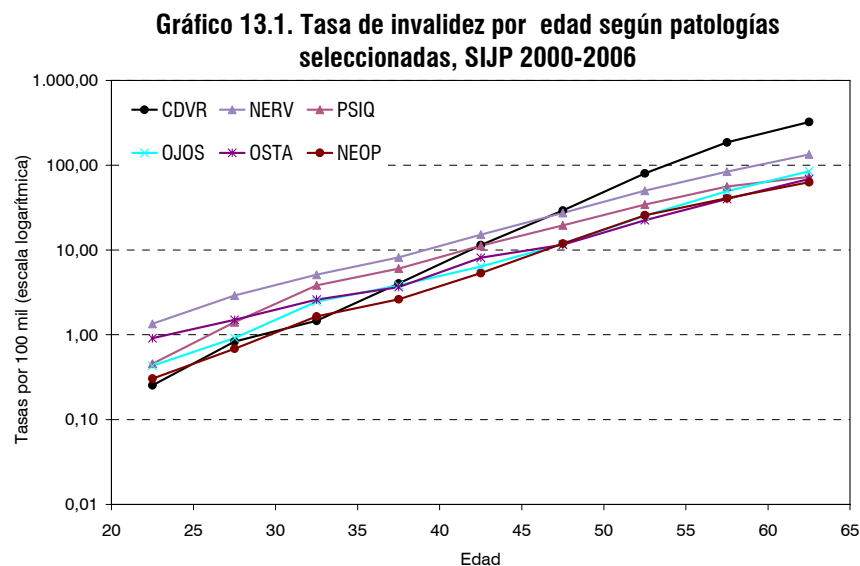
5.2. TASAS DE INVALIDEZ POR PATOLOGÍA

La patología que más afecta a la población expuesta fue “Cardiovascular” (39 por 100 mil) seguida por “Nervioso” y “Psíquico” (23 y 15 por 100 mil respectivamente). Las TIG de hombres son superiores a las de mujeres en todas las patologías excepto “Genital” y “Psiquismo”, con la mayor diferencia absoluta y relativa en “Cardiovascular”, responsable del 47% de la diferencia entre sexos.



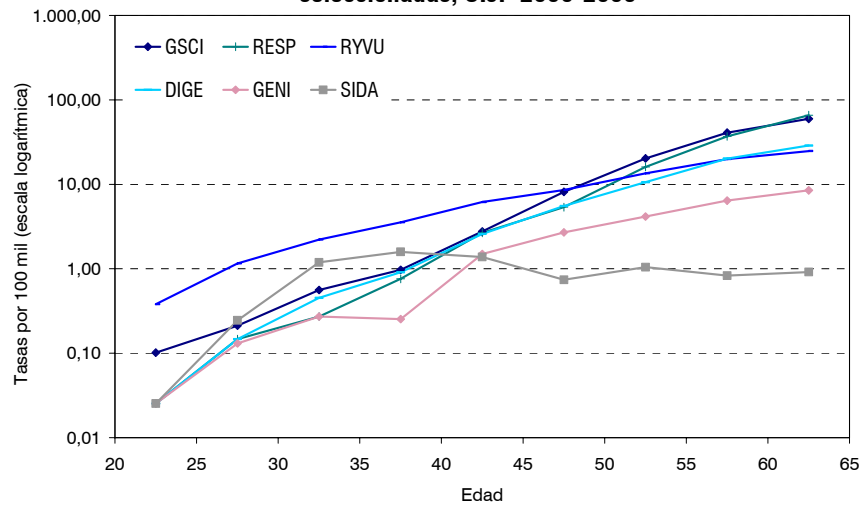
Para analizar el comportamiento de las patologías con la edad, se consideran en primer lugar las seis patologías con TIEE mayores a 10 por 100 mil (Gráfico 13.1) y luego las seis restantes (Gráfico 13.2).

“Cardiovascular” se destaca entre las patologías de mayor impacto por el fuerte crecimiento con la edad, con una de las menores tasas para menores de 35 años y la mayor a partir de los 45 años.



El comportamiento de las patologías con TIEE menores a 1 por mil es variado: “Respiratorio”, “Digestivo” y “Genital” presentan un considerable crecimiento con la edad, mientras que las enfermedades del “Riñón y vías urinarias” muestran un crecimiento más pausado y, por último, “SIDA” presenta un riesgo rápidamente creciente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 35 a 40 años y luego se mantiene oscilando en torno a 1 por 100 mil.

Gráfico 13.2. Tasa de invalidez por edad según patologías seleccionadas, SIJP 2000-2006

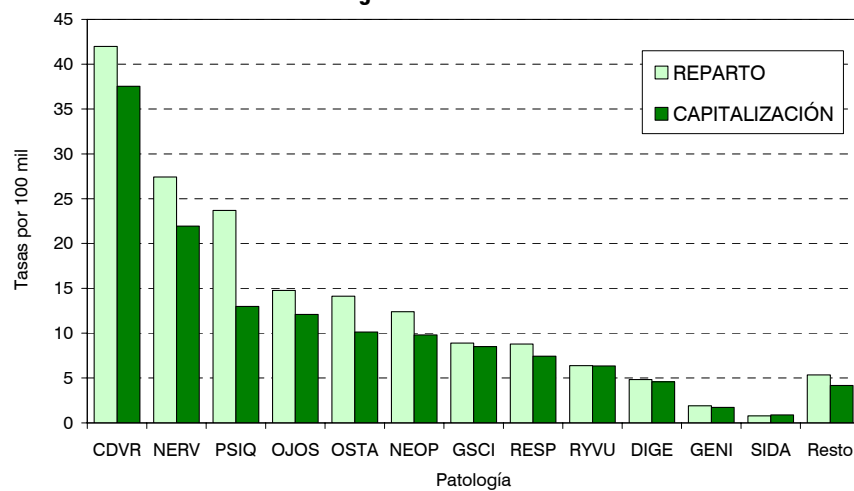


Fuente: Tabla 3 del Anexo Estadístico.

Entre las doce patologías, “Respiratorio” es la de mayor crecimiento con la edad, seguida por “Cardiovascular” y luego “Glándulas de secreción interna”. La patología con menor crecimiento con la edad es “SIDA”.

Las patologías impactan de manera diferencial en cada régimen. Dado que los dos regímenes presentan estructuras por edad muy diferentes (Gráfico 8 y Tabla 1 del Anexo Estadístico), para comparar las tasas de invalidez por patología es necesario estimar las TIEE correspondientes (Gráfico 14).

Gráfico 14. Tasas estandarizadas de invalidez por patología según régimen. SIJP 2000-2006



Fuente: Tabla 4 del Anexo Estadístico.

Las TIEE del régimen de reparto son superiores a las de capitalización para todas las patologías excepto “SIDA”. “Psiquismo” es la de mayor diferencia absoluta y relativa (1 por mil u 82%) y responsable del 32% de la diferencia entre reparto y capitalización (Tabla 4 del Anexo Estadístico).

5.3. TASAS DE INVALIDEZ POR REGIÓN

Al analizar los riesgos de invalidez por región surge nuevamente la necesidad de controlar por el efecto distorsionador de las diferentes estructuras por edad. La región con mayor TIEE es Noreste (31% superior al total del país) seguida por Cuyo y Noroeste. Por el contrario, la menor TIEE es Patagonia, 19% inferior al del total del país (Cuadro 7).

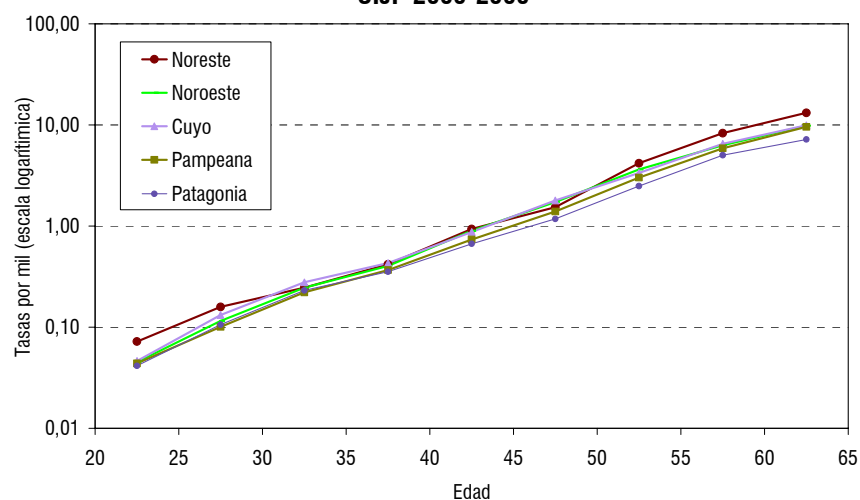
Cuadro 7. Invalidez por región y sexo, SIJP 2000/06
Tasas estandarizadas por edad, por mil

Región	Hombres	Mujeres	Total
Noreste	2,04	1,28	1,91
Cuyo	1,80	1,09	1,59
Noroeste	1,78	1,12	1,58
Pampeana	1,63	0,89	1,42
Patagonia	1,26	0,96	1,18
Total	1,66	0,95	1,46

Fuente: Tabla 5 Anexo Estadístico

Las tasas por edad según región tienen patrones muy similares, aunque se destaca Noreste por ser mayor al resto en las edades menores de 30 y superiores a 50 (Gráfico 15).

**Gráfico 15. Tasas de invalidez por edad según región
SIJP 2000-2006**



6. COMPARACIÓN CON OTRAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

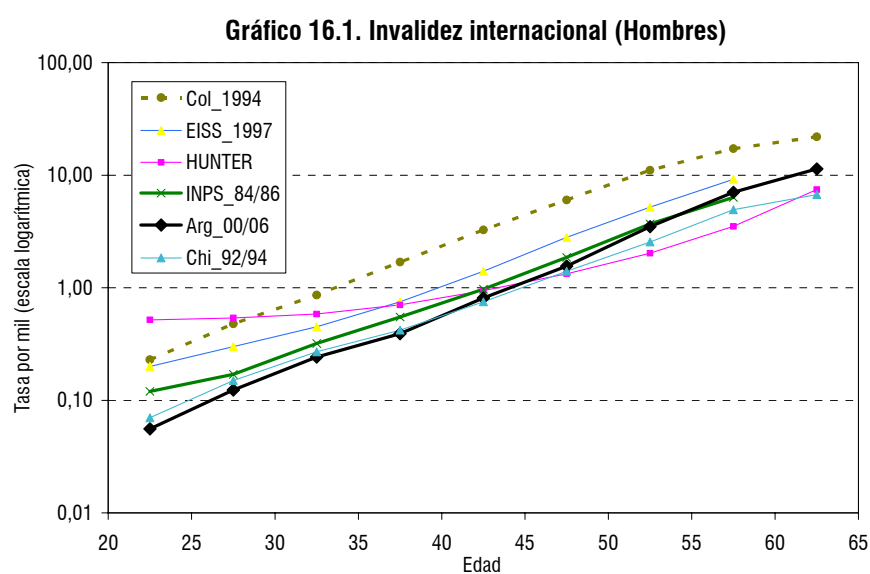
En esta sección se comparan las tasas de invalidez por edad del SIJP con distintas experiencias y/o tablas utilizadas en otros países. La invalidez previsional es de difícil medición, existen diversas definiciones (parcial o total, permanente o temporaria, etc.) y hay pocas publicaciones que diferencien los riesgos por edad.

De todas maneras, conociendo estas limitaciones, resulta importante la comparación para discernir si las tasas de invalidez por edad estimadas para el SIJP siguen un patrón razonable. Las experiencias internacionales disponibles fueron:

- * México: **EISS_1997**. Tabla para ambos sexos publicada por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, para ser utilizada en el ámbito de la seguridad social (CNSF, 1997).
- * HUNTER. Tabla de invalidez total permanente elaborada en Estados Unidos para ambos sexos (Hunter, 1911). Si bien pudo haber perdido vigencia dada su antigüedad, es una referencia clásica en la bibliografía actuarial.
- * Colombia: **Col_1994**. Tabla por sexo publicada por la Superintendencia Bancaria Colombiana para ser utilizada en el ámbito de la seguridad social (SBC, 1994).
- * Italia: **INPS_84/86**. Tabla por sexo elaborada por el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), reflejando la experiencia de los empleados de comercio que participaron del sistema nacional obligatorio durante 1984-86 (Coppini, 2000).

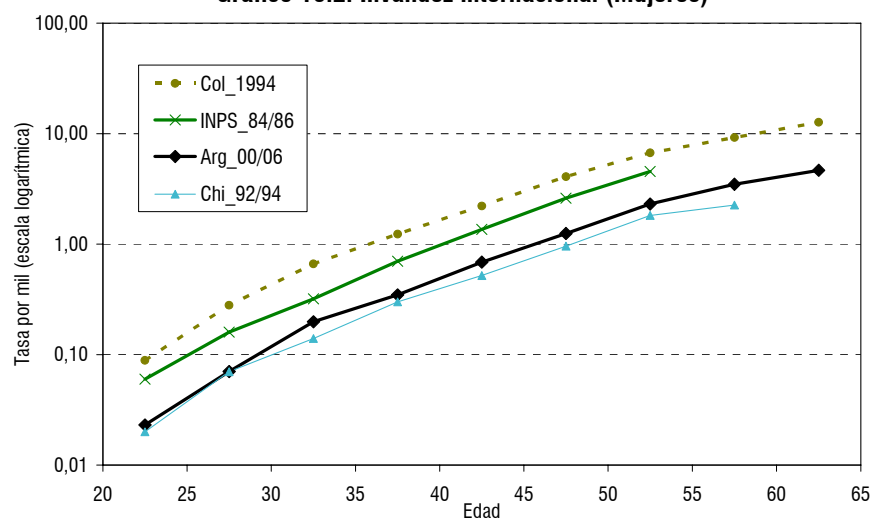
* Chile: **CHI_92/94**. Tasas por sexo estimadas por Angulo y otros (1995) basados en la experiencia del sistema previsional chileno del período 1992-94.

En el Gráfico 16.1 se presentan las tasas de invalidez por edad para hombres (incluyendo EISS_97 y Hunter pese a que no diferencian sexo). Los patrones tienden a ser bastante similares. Las tasas de Hunter son llamativamente altas en edades jóvenes pasando a ser inferiores a las del SIJP a partir de los 45 años. Las tasas de EISS_1997 son las mayores en todas las edades, reduciendo la brecha relativa a medida que aumenta la edad. Mientras Col_1994 es superior en todas las edades, INPS_84/86 y Chi_92/94 se superponen indicando niveles similares.



Las tasas de invalidez femeninas del SIJP son cercanas aunque levemente superiores a las chilenas (Chi_92/94). Nuevamente la experiencia colombiana (Col_1994) presenta tasas superiores en todas las edades, al igual que INPS_84/86 (Gráfico 16.2).

Gráfico 16.2. Invalidez internacional (Mujeres)



Fuente: Tabla 6 del Anexo Estadístico y Cuadro 6.

Para comparar de manera sintética los comportamientos por edad y sexo de Argentina y de otros países se construyó una regresión lineal (previa transformación logarítmica):

$$\ln (Arg_{X,s}) = \alpha + \beta * \ln (I_{X,s}),$$

donde α y β son los parámetros a obtener, Arg_x e I_x son las tasas de invalidez para la edad x y el sexo s del SIJP y de la población i -ésima, respectivamente.

α indica si el nivel general de invalidez del SIJP es inferior (menor a cero) o superior (mayor a cero) que el de la experiencia respectiva y β indica si el crecimiento del riesgo de invalidez con la edad en el SIJP es superior (mayor que uno) a la experiencia i -ésima o inferior (menor que uno).

En el Cuadro 8 se presentan los parámetros estimados. El crecimiento de las tasas de invalidez con la edad es superior en el SIJP comparado con cualquiera de las experiencias citadas, especialmente Hunter y EISS_1997 y mayor para hombres que para mujeres.

Al comparar los niveles de la invalidez expresados por el coeficiente α , el SIJP presenta un nivel inferior al de otros países, excepto Chi_92/94 para ambos sexos. El SIJP muestra niveles claramente inferiores a Col_1994 y más similares con INPS_84/86. Por último, los coeficientes de determinación cercanos al 100% son consistentes con un comportamiento relativamente lineal de los logaritmos de las tasas de invalidez.

Cuadro 8. Comparación del SIJP con experiencias internacionales

Invalidez	Hombres			Mujeres		
	alfa	beta	R ²	alfa	beta	R ²
Arg_00/06	0,00	1,00	100,0%	0,00	1,00	100,0%
EISS_1997	-0,69	1,20	99,2%			
HUNTER	-0,58	1,86	89,9%			
Col_1994	-1,35	1,12	99,0%	-1,22	1,08	99,9%
INPS_84/86	-0,22	1,16	99,5%	-0,70	1,04	99,4%
Chi_92/94	0,13	1,16	99,9%	0,29	1,05	99,6%

Nota: Los coeficientes corresponden a la regresión lineal entre los ln de las tasas de invalidez por edad, con Arg_00/06 como variable dependiente.

Fuente: Cuadro 6 y Tabla 6 del Anexo Estadístico.

7. CONCLUSIONES

A continuación se detallan los hallazgos más significativos:

- En 1998-2006, las CMP dictaminaron 506 mil expedientes con una frecuencia anual creciente. La proporción de dictámenes laborales aumentó de 39% en 1998 a 73% en 2006.
- El 64% de los dictámenes previsionales correspondieron a RTI, el 24% a reexámenes para otorgar el RDI y el 12% restante a derechohabientes. El número anual de dictámenes de RTI fue creciente de 1998 a 2001 (cuando alcanzó el máximo de 15 mil) cayendo hasta 12 mil en 2006.
- Durante 2000-2006 (lapso con datos detallados disponibles), las CMP dictaminaron 94 mil expedientes de RTI (63% acordado), el 22% fue apelado y, de éstos, el 76% fue confirmado por la CMC revirtiendo, por ende, sólo el 5% de los dictámenes de CMP. Además, se recurrió ante la segunda instancia de apelación (la CFSS) en cerca de 6 mil casos, 7% del total dictaminado por las CMP.
- De los RTI acordados, el 82% correspondieron a hombres, el 66% a afiliados al régimen de capitalización y el 70% a la región pampeana, con una edad promedio de 54 años.
- Las principales patologías de los RTI acordados correspondieron a “Cardiovascular” (27%), “Nervioso” (16%) y “Psiquismo” (10%), seguidos por “Ojos” (8%), “Osteoarticular” (8%) y “Neoplasias” (7%), con una evolución anual relativamente

estable. La estructura del SIJP concuerda a grandes rasgos con las de otros países, con relativamente alta proporción de “Cardiovascular” y baja de “Osteoarticular”.

- f) La tasa de invalidez general (TIG) fue 1,46 por mil, 83% mayor para hombres que para mujeres (0,9 por mil) y 4 veces mayor en reparto que capitalización (1,1 por mil). Sin embargo, la TIG está muy afectada por la estructura etaria de cada población expuesta.
- g) Las tasas de invalidez estandarizadas por edad (TIEE) permiten resumir niveles generales neutralizando el efecto de diferentes estructuras de la población. La TIEE de hombre supera en un 74% a la de mujeres, con tasas superiores en todas las edades y mayores diferencias en los grupos extremos (menores de 30 y mayores de 50 años).
- h) La TIEE de reparto (1,7 por mil) es un 24% mayor a la de capitalización (1,4 por mil). Las diferencias son mayores en mujeres y desaparecen en los grupos de edad extremos (menores de 25 y mayores de 60 años). Parte del diferencial podría deberse a los distintos grados de apelación y reversión de dictámenes.
- i) La patología con mayor tasa de invalidez fue “Cardiovascular” (39 por 100 mil) seguida por “Nervioso” (23) y “Psiquismo” (15). Las TIG de hombres son superiores a las de mujeres en todas las patologías excepto “Genital” y “Psiquismo”, con la mayor diferencia absoluta y relativa en “Cardiovascular”, responsable del 47% de la diferencia entre sexos.
- j) Todas las patologías tienen tasas de invalidez crecientes con la edad, con la excepción de “SIDA” que a partir de los 40 años oscila cerca de 1 por 100 mil. “Respiratorio” es la de mayor crecimiento, seguida por “Cardiovascular” y “Glándulas de secreción interna”.
- k) Las TIEE de reparto son superiores a las de capitalización para todas las patologías excepto “SIDA”, con la mayor diferencia absoluta y relativa en “Psiquismo”, responsable del 32% de la diferencia entre regímenes.
- l) La región con la mayor TIEE es Noreste (24% superior al total del país) y con la menor, Patagonia (20%). Las tasas por edad según región tienen patrones muy similares, aunque Noreste se destaca por sus mayores tasas para menores de 30 y mayores de 50 años.
- m) De la comparación con otras experiencias internacionales surgen patrones comunes, aunque las tasas de invalidez del SIJP crecen con la edad algo más aceleradamente.

Los resultados obtenidos en este trabajo constituyen un aporte pionero en los estudios sobre la invalidez previsional en Argentina y en países menos desarrollados en general. Líneas futuras de investigación podrían profundizar temas tales como: el impacto financiero

de las tasas de invalidez en el régimen de capitalización (sea con el seguro colectivo de invalidez y fallecimiento o con el fondo mutual) y sobre las cuentas públicas del régimen de reparto; la evolución de la invalidez en épocas de crisis o depresión económica; tendencias y perspectivas de la invalidez e impacto en las proyecciones previsionales de largo plazo.

8. BIBLIOGRAFÍA

Altieri, Deborah (2002). *La siniestralidad en el régimen de capitalización*. IV Congreso Argentino de Actuarios y IV Congreso Panamericano de Actuarios, CPCE, Buenos Aires.

Angulo, Daniela; Andrade, Raúl y Arteaga, Pedro (1995). *Tasas de mortalidad e invalidez del sistema previsional chileno*. II Congreso Argentino de Actuarios y I Congreso de Actuarios del Cono Sur, CPCE, IAA, Buenos Aires.

CNSF (1997). Circular S-22.2. Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, México, D.F. Disponible en: www.consar.gob.mx

Coppini Mario Alberto (1999). *Técnicas de los seguros sociales Vol. I y Vol. II*. Asociación Internacional de la Seguridad Social, AISS. Ginebra.

Donkar, Eli N. (2003). *Métodos actuariales en el análisis del Programa del Seguro de Invalidez en Estados Unidos*. XIV Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social. AISS, México, D.F.

Grushka, Carlos y De Biase, Marcelo (2003). *Las comisiones médicas y los retiros por invalidez del sistema previsional*. Estudio Especial N° 15, SAFJP, Buenos Aires. Disponible en www.safjp.gov.ar

Grushka, Carlos y Demarco, Gustavo (2003). *Disability pensions and social security reform. Analysis of the Latin American experience*. Social Protection Discussion Paper 0325. Banco Mundial, Washington, D.C.

Hunter, Arthur (1911). *Transactions of the Society of Actuaries.*, Vol XXII. P.44-71.

Merino, Ana V.; Pociello García, E. y Varea Soler, J. (2003). *Análisis dinámico de la invalidez. Aplicación a los seguros de riesgo*. Revista Actuarios N° 21 (abril-mayo). Madrid.

Nunez, Richard A.J. (2003). *Experiencia de Barbados en los métodos y las aplicaciones de los programas de prestaciones de invalidez y sobrevivientes*. XIV Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social. AISS, México, D.F.

OIT (1998). *Modelo de pensiones de la OIT. Una guía técnica*. Servicio de Actividades Financieras, Actuariales y Estadísticas. Departamento de la Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

Pérez Montás, Hernando (2003). *Aspectos actuariales y experiencias regionales del seguro de invalidez*. XIV Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social. AISS, México, D.F.

SBC (1994) Resolución 585/94, Superintendencia Bancaria Colombiana. Disponible en: www.superbancaria.gov.co

SSA (1999). *Social Security Disability Insurance Program Worker Experience*. Actuarial Study 14. Social Security Administration, Baltimore.

9. ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 1. Años persona de exposición según régimen y sexo, SIJP 2000-2006

Grupo de edad	Capitalización		Reparto		Total
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
20-24	1.222.072	2.643.008	34.849	45.792	3.945.721
25-29	1.897.969	4.080.453	64.476	85.490	6.128.388
30-34	1.478.485	3.824.106	86.339	140.836	5.529.766
35-39	1.169.951	3.231.816	122.415	207.257	4.731.439
40-44	1.071.846	2.832.343	158.535	279.696	4.342.420
45-49	911.446	2.330.558	191.363	349.864	3.783.231
50-54	688.622	1.781.405	237.291	447.680	3.154.998
55-59	436.553	1.156.190	272.668	547.803	2.413.214
60-64	181.126	592.389	215.165	541.918	1.530.598
Total	9.058.070	22.472.268	1.383.101	2.646.336	35.559.775

Tabla 2. Retiros por invalidez según régimen y sexo, SIJP 2000-2006

Grupo de edad	Capitalización		Reparto		Total
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
20-24	28	148	1	2	179
25-29	132	499	6	15	652
30-34	285	915	26	46	1.272
35-39	388	1.214	61	130	1.793
40-44	691	2.215	155	308	3.369
45-49	1.043	3.473	332	700	5.548
50-54	1.447	5.902	688	1.872	9.909
55-59	1.340	7.532	1.133	4.472	14.477
60-64	786	6.315	1.060	6.564	14.725
Total	6.140	28.213	3.462	14.109	51.924

Tabla 3. Tasa de invalidez por patología según edad (por 100 mil)
SIJP 2000-2006

Grupo de edad	PATOLOGÍA												
	CDVR	NERV	PSIQ	OJOS	OSTA	NEOP	GSCI	RESP	RYVU	DIGE	GENI	SIDA	Resto
20-24	0,3	1,3	0,5	0,4	0,9	0,3	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3
25-29	0,8	2,9	1,4	0,9	1,5	0,7	0,2	0,1	1,2	0,1	0,1	0,2	0,3
30-34	1,5	5,1	3,8	2,5	2,6	1,6	0,6	0,3	2,2	0,5	0,3	1,2	0,9
35-39	4,0	8,2	6,0	3,8	3,7	2,6	1,0	0,8	3,6	0,9	0,3	1,6	1,5
40-44	11,4	15,2	11,2	6,4	8,1	5,3	2,8	2,7	6,2	2,6	1,5	1,4	2,8
45-49	29,1	27,3	19,5	11,8	11,5	11,9	8,1	5,4	8,6	5,6	2,7	0,7	4,3
50-54	80,1	50,0	34,4	25,3	22,4	25,7	20,3	16,1	13,5	10,6	4,2	1,0	9,9
55-59	185,6	84,0	55,9	49,5	39,9	40,7	40,9	36,9	19,9	20,2	6,4	0,8	18,5
60-64	322,9	133,9	72,7	84,9	68,6	63,0	59,8	66,0	24,8	28,8	8,5	0,9	26,0
TIG	39,0	23,2	15,1	12,4	11,1	10,4	8,6	7,8	6,3	4,7	1,7	0,9	4,5
Hombres	49,6	27,5	15,0	13,7	11,3	10,8	10,7	9,6	7,3	5,7	0,8	1,1	5,1
Mujeres	13,6	12,7	15,3	9,1	10,7	9,6	3,6	3,6	4,0	2,3	4,1	0,3	2,9

Nota: La categoría "Resto" incluye PIEL, OBYD, GNYO y SANG.

Tabla 4. Invalidez por patología y régimen, SIJP 2000-2006
Tasas estandarizadas por edad (por 100 mil)

Patología	CAPITA-LIZACIÓN	REPARTO	TOTAL SIJP	Diferencial Rep/Cap	
				Absoluto	Relativo
CDVR	37,5	42,0	39,0	4,4	12%
NERV	21,9	27,4	23,2	5,5	25%
PSIQ	13,0	23,7	15,1	10,7	82%
OJOS	12,1	14,8	12,4	2,7	22%
OSTA	10,1	14,1	11,1	4,0	40%
NEOP	9,8	12,4	10,4	2,6	27%
GSCI	8,5	8,9	8,6	0,4	5%
RESP	7,4	8,8	7,8	1,4	18%
RYVU	6,3	6,4	6,3	0,0	0%
DIGE	4,6	4,8	4,7	0,3	6%
GENI	1,7	1,9	1,7	0,2	10%
SIDA	0,9	0,8	0,9	-0,1	-13%
Resto	4,2	5,3	4,5	1,2	28%
Total	138,1	171,3	145,8	33,2	24%

Tabla 5. Invalidez por edad, según sexo y región, SIJP 2000 - 2006
Tasas por mil

Grupo de edad	REGIÓN														
	NEA			CUYO			NOA			PAM			PAT		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
20-24	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
25-29	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
30-34	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
35-39	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4
40-44	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7
45-49	1,6	1,3	1,5	1,9	1,6	1,8	1,9	1,4	1,7	1,5	1,1	1,4	1,2	1,2	1,2
50-54	4,4	3,1	4,2	3,7	2,6	3,3	4,0	3,0	3,6	3,4	2,1	3,0	2,6	2,3	2,5
55-59	9,0	5,0	8,3	7,8	3,6	6,5	7,4	4,0	6,3	6,9	3,3	5,9	5,4	4,0	5,0
60-64	14,4	6,7	13,2	11,3	5,4	9,9	11,5	5,0	9,8	11,4	4,5	9,6	7,9	4,6	7,2
TIG	1,8	1,1	1,7	2,1	1,2	1,8	1,8	1,2	1,6	1,7	0,8	1,4	1,1	0,8	1,0
TIEE	2,0	1,3	1,9	1,8	1,1	1,6	1,8	1,1	1,6	1,6	0,9	1,4	1,3	1,0	1,2

Nota: H: Hombres; M: Mujeres; T: Totales.

TIEE: Tasa de invalidez estandarizada por edad.

Tabla 6. Experiencias internacionales de invalidez según edad y sexo
Tasas por mil

Grupo de edad	EISS_97 ^	HUNTER ¥	Col_1994 #		INPS_84/86 &		Chi_92/94 *	
	Total	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
20-24	0,20	0,52	0,23	0,09	0,12	0,06	0,07	0,02
25-29	0,30	0,54	0,48	0,28	0,17	0,16	0,15	0,07
30-34	0,45	0,58	0,86	0,66	0,32	0,32	0,27	0,14
35-39	0,75	0,70	1,69	1,23	0,55	0,70	0,42	0,30
40-44	1,40	0,94	3,27	2,22	0,97	1,36	0,75	0,52
45-49	2,80	1,33	6,03	4,09	1,86	2,60	1,40	0,96
50-54	5,20	2,03	11,06	6,71	3,69	4,54	2,55	1,82
55-59	9,20	3,51	17,22	9,23	6,35		4,93	2,26
60-64		7,45	21,92	12,69			6,72	

Fuente:

^ : CNSF (1997).

¥ : Hunter (1911).

: SBC (1994).

& : Coppini (1999).

* : Angulo y otros (1995).